

常務理事	事務長		担当者

# 出産手当金・出産手当金付加金請求書

(第 〇〇 回目) 申請日 年 月 日

被保険者が記入するところ	保険証 記号一番号	—	氏名 及び 生年月日	(フリガナ)	昭・平 年 月 日生
	住所	〒 電話(携帯)番号 — —			
	事業所 (店)名			所属	
	出産予定日	年 月 日	出産日	年 月 日	
	出産のために休んだ期間	年 月 日 から 年 月 日 までの 日間			

医師・助産婦が記入するところ	出産予定年月日	年 月 日	出産年月日	年 月 日
	正常・異常の別	<input type="checkbox"/> 正常 ・ <input type="checkbox"/> 異常		出生児の数 <input type="checkbox"/> 単胎 ・ <input type="checkbox"/> 多胎( 児)
	生産・死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 ・ <input type="checkbox"/> 死産 (妊娠 日・週・月)		
	上記のとおり相違ありません			
住所 医療機関名 医師又は助産婦の氏名				年 月 日 Ⓜ

事業所が証明するところ	労務に服さなかった期間	年 月 日から 年 月 日までの 日間				
	上記の期間中の分として 支払う報酬	全部支給	自 年 月 日	至 年 月 日	日分 日間	月 日支払 円
		一部支給	自 年 月 日	至 年 月 日	日分 日間	月 日支払 円
		支給しない				
	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 代表者名 Ⓜ					

委任状	年 月 日	
	私は事業主を代理人と定め、次の権限を委任する。 年 月 日に請求した出産手当金・出産手当金付加金の受領に関すること。 被保険者の住所 氏名 Ⓜ	
	代理人(事業主)の住所 名称 氏名 Ⓜ	

受付印

資格取得日	年 月 日	資格喪失日	年 月 日
標準報酬月額 (日額)	千円 ( )	支給額	円
支給期間	～ 日間	法定給付	円
支給日	年 月 日	付加給付	円